



Guía de Trabajo para el Administrador de Cuidados de salud/Coordinador de Cuidados de salud Healthy Opportunities Pilot Member Consent Form (Formulario de Consentimiento)

Visión general

Esta guía de trabajo describe cómo los Administradores de Cuidados de Salud (que pueden estar ubicados en un plan de salud o en una entidad de administración de cuidados) o los Coordinadores de Cuidados de Salud (ubicados en una Organización de Servicios Humanos) deben usar el Healthy Opportunities Pilot (HOP) Member Consent Form (Formulario de Consentimiento) estandarizado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte para obtener el consentimiento de los posibles inscritos en el programa HOP. Antes de que el Administrador de Cuidados de Salud o el Coordinador de Cuidados de Salud pueda presentar una Solicitud de Inscripción en NCCARE360, deberá obtener el consentimiento del Miembro o del Representante Autorizado para participar en el programa HOP y compartir la información personal de salud necesaria. El consentimiento del miembro debe documentarse a través del Healthy Opportunities Pilot (HOP) Member Consent Form (Formulario de Consentimiento) estandarizado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. El Administrador de Cuidados de Salud/Coordinador de Cuidados de Salud tiene dos opciones:

- (1) Pueden guiar al miembro durante todo el formulario, responder a cualquier pregunta del miembro y (i) hacer que el miembro o su representante autorizado firme el formulario o (ii) documentar el consentimiento completando la sección de la firma del administrador de cuidados de salud o del coordinador de cuidados de salud del formulario de consentimiento (ya sea electrónicamente o por escrito, pero no escribiendo a máquina la firma) después de obtener el consentimiento verbal del miembro (o de su representante autorizado) para participar en HOP y que se comparta la información del miembro.
- (2) El propio miembro o su representante autorizado pueden leer el formulario de consentimiento y firmarlo por su cuenta.

Una vez firmado, los Administradores de Cuidados de Salud/Coordinadores de Cuidados de Salud ingresarán el Formulario de Consentimiento en NCCARE360 y lo adjuntarán a una Solicitud de Inscripción. El Formulario de Consentimiento estandarizado también se puede encontrar en Pilot Eligibility and Service Assessment (PESA) en NCCARE360.

Información sobre NCCARE360 (se utiliza para responder a las preguntas del Miembro sobre NCCARE360)

NCCARE360 es la plataforma electrónica de derivación de circuito cerrado de todo el estado de Carolina del Norte que conecta a las personas con organizaciones para satisfacer sus necesidades médicas y no médicas. NCCARE360 es una asociación público-privada entre el DHHS de Carolina del Norte y la Fundación para el Liderazgo y la Innovación en Salud. Es utilizado por planes de salud, proveedores de atención médica (como médicos y hospitales), administradores de cuidados de salud, Líderes de la Red de Oportunidades Saludables y organizaciones comunitarias u Organizaciones de Servicios Humanos (HSO). NCCARE360 se utiliza para documentar la elegibilidad para HOP, recomendar y autorizar servicios HOP, referir miembros a HSO y facturar por los servicios HOP prestados.

Unite Us es una de las organizaciones asociadas que conforman NCCARE360 y aloja la plataforma NCCARE360. Unite Us describe el uso de datos en su Política de Privacidad. Sólo las organizaciones que prestan servicios directamente a las personas tendrán acceso a los registros de esas personas almacenados en NCCARE360. La plataforma NCCARE360 se supervisa activamente para detectar cualquier evidencia de actividad no autorizada. También debido a que Healthy Opportunities es un programa piloto, los datos de NCCARE360 serán enviados al Departamento y al UNC Sheps Center for Health Services Research para ayudar a evaluar y monitorear el programa Healthy Opportunities.



Instrucciones paso a paso para el administrador de cuidados de salud (u otro miembro del equipo de administración de cuidados) o los coordinadores de cuidados de salud en las HSO

Por favor, lea los siguientes guiones al miembro y tome las acciones apropiadas como se indica en estas instrucciones.

1. Introducción

a. Guión para leer al miembro:

"Creo que usted podría ser elegible para el programa Healthy Opportunities Pilot, que se conoce como "HOP" o "programa HOP". Es un programa que ofrece Medicaid de Carolina del Norte para conectar a los inscritos en Medicaid con servicios no médicos que, por lo general, no están cubiertos por Medicaid pero que pueden mejorar la salud de las personas.

Si su plan de salud determina que es elegible para el programa HOP, puede recibir beneficios adicionales que incluyen alimentos, vivienda, transporte, seguridad interpersonal (incluidos los servicios relacionados con la violencia en el hogar o la comunidad) y servicios para el estrés tóxico (incluidos los servicios relacionados con el estrés por abuso o trauma). Su elegibilidad para estos servicios y el uso que haga de ellos no tienen ninguna repercusión en su elegibilidad y cobertura de Medicaid."

Antes de que pueda enviar su información a su plan de salud para ver si usted es elegible para los servicios HOP, primero debe aceptar participar. Si es elegible, sus servicios HOP aprobados estarán disponibles sin costo alguno para usted.

Además, si decide participar en el programa HOP, será necesario compartir su información médica personal con organizaciones para que le presten servicios. Si usted acepta que se comparta su información, las organizaciones comunitarias que prestan servicios a través del programa HOP también podrán pedirle su consentimiento para utilizar o compartir su información personal.

Si decide no participar, entonces no lo referiré a los servicios HOP financiados por Medicaid. En su lugar, tratare de encontrar otros servicios comunitarios para satisfacer sus necesidades, pero los servicios ofrecidos fuera del programa HOP están sujetos a disponibilidad, y algunos servicios no de HOP pueden no estar cubiertos por NC Medicaid. Es posible que tenga que pagar por esos servicios. Trabajaré con usted para tratar de encontrar servicios que pueda costear.

El formulario de consentimiento Healthy Opportunities Pilot Member Consent Form, que revisaré con usted [o le proporcionaré], explica qué información se compartirá y con quién, y qué puede hacer para cancelar si cambia de opinión sobre participar en el programa HOP. Puede revisarlo por su cuenta y firmar el documento, o yo puedo guiarle a través del formulario y responder a cualquier pregunta que pueda tener. Después de que hayamos revisado el formulario y usted haya decidido participar en el programa, puede firmar el formulario o proporcionarme su consentimiento verbal para participar y que se comparta su información. Si decide darme su consentimiento verbal, documentaré su consentimiento en el formulario".



- b. **Pregunte al miembro si tiene alguna duda sobre la información que acaba de proporcionarle.**
- c. **Si el miembro decide revisar el formulario de consentimiento por su cuenta y firmarlo, usted (el administrador de cuidados de salud o el coordinador de cuidados de salud) debe proporcionárselo al miembro.** El miembro puede firmar el documento en persona o electrónicamente y devolvérselo. Introduzca el formulario de consentimiento en NCCARE360 y adjúntelo a una solicitud de inscripción para el miembro.
- d. **Si el miembro elige que usted (el administrador de cuidados de salud o el coordinador de cuidados de salud) le explique el documento, lea lo siguiente:** "Voy a leerle el formulario de consentimiento para participar en Healthy Opportunities Pilot. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, puede interrumpirme en cualquier momento. ¿Consiente que lea y documente la información que me facilite en este formulario?".
 - i. **Si el miembro responde "Sí",** continúe con la Sección I, Información del miembro
 - ii. **Si el miembro responde "No",** ofrézcale opciones para que revise el formulario de consentimiento y lo firme.

Si el miembro no desea participar en HOP, explíquelo que Medicaid no puede pagar los servicios de HOP sin el consentimiento del miembro. En su lugar, refiera al miembro a otros servicios que no sean HOP para tratar de satisfacer las necesidades del miembro. Explíquelo que es posible que el miembro deba pagar estos servicios de su bolsillo, pero que usted trabajará con él para intentar garantizar que reciba servicios que pueda pagar.

2. Sección I. Información del miembro

- a. **Si está completando este formulario por teléfono o virtualmente:**
 - i. Cuando la persona que llama indica que es un Representante Autorizado:
 - **Paso 1:** Verificar si la persona que llama ya aparece en los archivos como representante autorizado del miembro. Si no puede verificar la designación anterior, obtenga documentación que acredite que la persona que llama está autorizada a actuar en nombre del miembro en relación con las decisiones médicas.
 - **Paso 2:** Pida a la persona que llama que confirme el nombre completo del miembro, su fecha de nacimiento y al menos otro dato identificativo (por ejemplo, el número de identificación de Medicaid o su domicilio).
 - ii. Cuando la persona que llama es el miembro:

Paso 1: Pedir al miembro que confirme su nombre completo, fecha de nacimiento y al menos otro dato identificativo (por ejemplo, número de identificación de Medicaid o domicilio).
- b. **Escriba el nombre, apellidos, número de identificación de Medicaid y fecha de nacimiento del miembro** en la sección I. Información del miembro.

3. Sección III. Intercambio de información

- a. **Lea al miembro el siguiente fragmento del formulario de consentimiento:**



"Si usted es elegible para HOP, las organizaciones mencionadas en este formulario necesitarán compartir parte de su información médica personal para asegurarse de que usted pueda recibir los servicios de HOP. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en HOP y permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte ("el Departamento") y estas organizaciones que prestan servicios HOP envíen y reciban su información médica personal según se especifica en este formulario.

¿Qué información se va a compartir?

La información personal sobre su salud que puede ser compartida incluye: nombre, número de identificación de Medicaid, fecha de nacimiento, dirección, información de contacto, criterios de elegibilidad para servicios HOP, número de autorización para servicios HOP, servicios HOP recomendados y/o autorizados, y otra información personal. Sólo se compartirá con las organizaciones HOP la información mínima necesaria para llevar a cabo las funciones del programa identificadas en este formulario.

[OPCIONAL: Entre los ejemplos de información relacionada con la elegibilidad de HOP o para obtener cobertura para los servicios de HOP se puede incluir información relacionada con su situación de vivienda actual, su situación laboral actual, su historial de salud mental, su historial familiar, sus ingresos actuales, su historial de violencia o abuso interpersonal y otros factores que estén relacionados con los servicios prestados por el programa Healthy Opportunities Pilot].

¿Qué organizaciones recibirán mi información y cómo se utilizará?

"Las organizaciones HOP mencionadas a continuación accederán a su información médica personal y la compartirán de acuerdo con las siguientes condiciones del programa HOP:

- Su equipo de Administración de Cuidados de Salud/Coordinación de Cuidados de Salud para determinar su elegibilidad, recomendar servicios HOP y proporcionar administración de cuidados;
- Su plan de salud para autorizar su elegibilidad para HOP y pagar por los servicios de HOP;
- Organizaciones comunitarias participantes que le prestan servicios HOP y pueden ayudar a determinar su elegibilidad para HOP;
- El Healthy Opportunities Network Lead (administrador regional de Healthy Opportunities) para ayudar con la facturación de los servicios HOP y auditar las organizaciones que prestan servicios HOP;
- El Departamento para administrar y auditar el programa HOP;
- El UNC Cecil G. Sheps Center for Health Services Research para evaluar el programa HOP; y Organizaciones dentro de la red NCCARE360 con el propósito de coordinar y proporcionar servicios HOP, sujeto a los requisitos de privacidad y seguridad de NCCARE360".

b. Pregunte al miembro si tiene alguna duda sobre la información que acaba de proporcionarle.

4. Obtener el consentimiento del miembro



a. Lea el siguiente guión al miembro:

"Al firmar este formulario, usted acepta que comprende la siguiente información sobre Healthy Opportunities Pilot (HOP):

1. Usted tiene derecho a negarse a participar en el programa HOP y a que no se comparta su información personal. Si no da su consentimiento para participar en el programa HOP y para que se comparta su información médica personal, no recibirá los servicios cubiertos por el programa HOP. Yo (su administrador de cuidados de salud/coordinador de cuidados de salud) trabajaré con usted para tratar de encontrar otros servicios comunitarios que satisfagan sus necesidades, pero los servicios ofrecidos fuera de HOP están sujetos a disponibilidad. Es posible que Medicaid de Carolina del Norte no cubra algunos servicios que no sean de HOP y que usted tenga que pagarlos. Trabajaré con usted para tratar de encontrar servicios que pueda costear.
2. Si decide no participar en HOP o revocar este consentimiento, tendrá la opción de solicitar participar de nuevo en HOP, en cualquier momento, si sigue cumpliendo los requisitos para recibir los servicios.
3. En cualquier momento, usted puede revocar su consentimiento para participar en HOP y/o para que se comparta su información poniéndose en contacto con su plan de salud o administrador de cuidados de salud. Si revoca su consentimiento, no se compartirá ninguna información adicional sobre usted y ya no podrá recibir servicios HOP pagados por Medicaid. Sin embargo, usted entiende que las declaraciones hechas de acuerdo con su consentimiento previo no pueden ser revocadas y que dicha información seguirá siendo utilizada para los fines permitidos para los cuales se hizo esta declaración, tales como el pago, auditoría o evaluación.
4. La revocación del consentimiento para participar en HOP no afectará sus derechos bajo su Plan de Salud para recibir tratamiento, servicios o beneficios fuera del programa HOP. A menos que sea revocado, este consentimiento terminará el 31 de diciembre de 2026.
5. Una vez que usted consiente en compartir su información médica personal, ésta puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad y confidencialidad y puede ser divulgada de nuevo por el destinatario. Por ejemplo, una organización HOP puede compartir su información con otra organización con fines comerciales, como en relación con una auditoría o responsabilidades de contabilidad o cumplimiento."

Al firmar este formulario, usted acepta voluntariamente participar en el programa Healthy Opportunities Pilot (HOP), si reúne los requisitos, y que se comparta su información como se describe en este formulario. También está dando su consentimiento para que la información sobre los servicios HOP que reciba sea almacenada e intercambiada dentro de NCCARE360, para los fines descritos en este formulario de consentimiento. Además, al firmar este formulario, usted también confirma que ha leído este formulario, o que se lo han leído, y entiende que se pondrá una copia de este consentimiento firmado en NCCARE360 y que puede solicitar una copia para usted."



- b. **Pregunte al miembro si tiene alguna duda sobre la información que acaba de proporcionarle.**
- c. **Informar al miembro de que puede acceder a la información relativa al programa HOP en el sitio web de su plan de salud**, y que recibirá información de su plan de salud sobre sus derechos y responsabilidades en virtud del programa HOP, o puede acceder a una copia electrónica del formulario.

5. Firma

- a. **Si el miembro o su representante autorizado (p. ej., padre, tutor) completan este formulario en persona o electrónicamente**, pídale al miembro o a su representante autorizado que lo haga:
 - i. Escriba (a máquina o manuscrita) el nombre de la persona que firma en la casilla "Nombre de la persona que firma (Miembro/Representante autorizado)". (Recuerde que el nombre del Miembro aparece arriba en la Sección I. del Formulario de Consentimiento).
 - ii. Firme en la casilla "Firma del miembro/representante autorizado". La firma puede completarse en papel o electrónicamente (por ejemplo, a través de DocuSign), pero no puede escribirse a máquina.
 - iii. Escriba a manuscrita (o a máquina) la relación de la persona que firma con el miembro en la casilla "Relación de la persona que firma con el miembro" (por ejemplo, uno mismo, padre, tutor).
 - iv. Escriba (a máquina o manuscrita) la fecha de la firma en la casilla "Fecha".
- b. **Si el formulario está siendo completado y el consentimiento obtenido telefónicamente o virtualmente por el Administrador de Cuidados de Salud/Coordinador de Cuidados de Salud**, después de leer todo el formulario al miembro, el Administrador de Cuidados de Salud/Coordinador de Cuidados de Salud debe completar la información en la sección marcada "Firma del Administrador de Cuidados de Salud o Coordinador." Al firmar, usted (el administrador de cuidados de salud/coordinador de cuidados de salud) está aceptando el contenido de esta sección.
 - i. Escriba a máquina o manuscrita el nombre del Administrador/Coordinador de Cuidados de Salud que completa el formulario.
 - ii. Escriba a máquina o manuscrita la fecha en que el Administrador/Coordinador de Cuidados de Salud leyó y discutió la información proporcionada en el formulario con el miembro o su representante autorizado.
 - iii. Imprima (escriba o escriba a máquina) la fecha y hora en que el miembro o representante autorizado dio su consentimiento verbal.
 - iv. Firme con el nombre del Administrador o Coordinador de Cuidados de Salud en la casilla "Firma del Administrador o Coordinador de Cuidados de Salud". La firma puede completarse en papel o electrónicamente (por ejemplo, a través de DocuSign), pero no puede escribirse a máquina.
 - v. Escriba a máquina o manuscrita la fecha en que el Administrador/Coordinador de Cuidados de Salud firmó el formulario.



- vi. Escriba a máquina o manuscrita el nombre de la persona que ha dado su consentimiento verbal al administrador/coordinador de cuidados de salud.
- vii. Escriba a máquina o manuscrita la relación de parentesco de la persona que ha dado su consentimiento verbal al Administrador/Coordinador de Cuidados de Salud en nombre del miembro.

6. Presentación del formulario de consentimiento

- a. **Una vez que el formulario de consentimiento esté completo**, ingrese y adjunte el formulario de consentimiento completo a la Solicitud de Inscripción en NCCARE360 y envíe la Solicitud de Inscripción al PHP del miembro.